

(Continuação do Requerimento para Militares Inativos ou para ex-Militares da Aeronáutica)

Anexos ao requerimento do(a):

| | | | |
|---|---|---|------------------------|
| | _____ | _____ | _____ |
| | (Posto/Graduação, Especialidade, Nome Completo) | Nr de Ordem | Posto/Graduação/Quadro |
| <hr/> | | | |
| Comuns a todos os Requerentes | { | <input type="checkbox"/> - cópia da identidade do(a) requerente | |
| | | <input type="checkbox"/> - cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do(a) requerente | |
| | | <input type="checkbox"/> - cópia de publicação do ato de transferência do(a) militar da Aeronáutica para a inatividade, se militar inativo | |
| | | <input type="checkbox"/> - cópia de publicação do ato de desligamento do serviço ativo do(a) militar da Aeronáutica | |
| | | <input type="checkbox"/> - cópia do Termo de Opção de LESP ou de sua publicação, firmado pelo(a) militar da Aeronáutica | |
| <hr/> | | | |
| Apresentação condicionada a situações específicas | { | <input type="checkbox"/> - documento ou cópia de publicação que comprove o protocolo anterior de requerimento administrativo ou ingresso em juízo, dentro do prazo prescricional, se for o caso | |
| | | <input type="checkbox"/> - cópia de documento médico, de Ata de Inspeção de Saúde ou da respectiva publicação que comprove o estado de saúde do(a) requerente que tenha prioridade de tramitação do requerimento e de pagamento | |
| | | <input type="checkbox"/> - outros documentos | |
| | | <input type="checkbox"/> - TOTAL | |

Nome Completo Posto/Graduação/Quadro (assinar acima do nome)

Recebimento do Processo pela OM de Vinculação de Inativos e Pensionistas: Data: ___/___/___
Hora: ___:___

PRIORIDADE: () SIM () NÃO (De acordo com o previsto no Art. 17, Parágrafo Único, da Portaria Normativa nº 31/GM-MD/2018)

Declaro ter recebido o processo referente ao requerimento de Indenização por Licença Especial Não Usufruída por _____

(Nome Completo)

Nr de Ordem

Posto/Graduação/Quadro/Especialidade

PRIORIDADE: () SIM () NÃO
(De acordo com o previsto no Art. 17, Parágrafo Único, da Portaria Normativa nº 31/GM-MD, de 24 de maio de 2018)

Nome completo Posto/Graduação (Assinar acima do nome)

Função

Recebimento do Processo pela OM de Vinculação de Inativos e Pensionistas: Data: ___/___/___ / (*) Hora: ___:___